

21

UNITED STATES DISTRICT COURT
NORTHERN DISTRICT OF ILLINOIS

TALMON HEGWOOD, JR.

Plaintiff

v.

AMANDA GALLEGOS, ET AL

Defendant

Case Number: 1:17 CV 0128

Judge: Hon. ANDREA R. WOOD

Magistrate Judge: Hon. SIDNEY TSCHENKIER

IN CAMER REVIEW

INMATE GREENBACK FORM

09-10-19

FILED

JUL 26 2019 *EW*

THOMAS G. BRUTON
CLERK, U.S. DISTRICT COURT

Talmon Hegwood, Jr.
Talmon Hegwood, Jr.
856 West 29th Street
Chicago, IL 60608



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE

(Oficina del Alguacil del Condado de Cook)

INMATE GRIEVANCE FORM

(Formulario de Queja del Preso)

Doc # 1 of 2 No. 012-0128

CONTROL #

INMATE ID #

! THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY INMATE SERVICES STAFF ONLY !

(! Para ser llenado solo por el personal de Inmate Services !)

- ☐ Emergency Grievance
☐ Grievance
☐ Non-Compliant Grievance

☐ Cermak Health Services

☐ Superintendent: _____

☐ Other: _____

PRINT - INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):

PRINT - FIRST NAME (Primer Nombre):

INMATE BOOKING NUMBER (# de identificación del Preso)

HEGWOOD

Talmon

20180711101

DIVISION (División):

LIVING UNIT (Unidad):

DATE (Fecha):

6

1-L U-2

07-17-19

GRIEVANCE GUIDELINES AND SUMMARY OF COMPLAINT

Your grievance must meet all criteria listed below in order to be assigned a control #, to be appealed and/or to exhaust remedies.

The grievance issue is not one of the following non-grievable matters: inmate classification including designation of an inmate as a security risk or protective custody inmate, or decisions of the inmate disciplinary hearing officer.

The grievance issue must have occurred within the last 15 calendar days unless the allegation is of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism. If the grievance includes an allegation of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism no time limits exist. If you believe an exception applies please see a CRW (Correctional Rehabilitation Worker).

The grievance issue must not be a repeat submission of a grievance collected within the last 15 calendar days.

The grievance issue must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and was appealed.

The grievance issue must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and you chose not to appeal the response within 15 calendar days.

The grievance issue must not contain offensive or harassing language.

The grievance form must not contain more than one issue.

The grievance issue must not pertain to non-jail related concerns such as with arresting agencies, judicial matters, or medical staff at outlying hospitals, etc.

DIRECTRICES PARA AGRAVIOS Y RESUMEN DE QUEJA

El asunto de la queja tiene que satisfacer todo el criterio listado más abajo para obtener un número de control, para ser apelado y/o agotar todos los remedios posibles.

El asunto de la queja no puede ser ninguno de los siguientes temas, que no se consideran quejas formales: Clasificación del preso incluyendo designación del preso. Tal como riesgo de seguridad o custodia de protección para los presos, o decisiones del oficial de audiencias disciplinarias para los presos.

El asunto de la queja formal tiene que haber pasado en los últimos 15 días calendarios a menos que la acusación sea de acoso sexual, sexual hostigamiento, sexual abuso. O voyeurismo. Si la queja incluye acusaciones de acoso sexual, hostigamiento, voyeurismo, o abuso, no existe tiempo límite. Si usted cree que existe una excepción, hable o vea a un Trabajador de Rehabilitación Correccional (TRC/CRW).

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja sometida en los últimos 15 días calendarios.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y fue apelada.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y usted recibida no someter una apelación sobre la decisión dada en los 15 días calendarios.

El asunto de la queja no puede contener lenguaje ofensivo o amenazante.

La solitud de la queja no puede contener más de un asunto.

El asunto de la queja no puede corresponder a asuntos no relacionados con la cárcel tal como preocupaciones sobre la agencia de arresto, asuntos judiciales, o empleados médicos de hospitales periféricos, etc.

REQUIRED -
DATE OF INCIDENT
(Fecha del Incidente)

REQUIRED -
TIME OF INCIDENT
(Horas del Incidente)

REQUIRED -
SPECIFIC LOCATION OF INCIDENT
(Lugar Específico del Incidente)

REQUIRED -
NAME and/or IDENTIFIER(S) OF ACCUSED
(Nombre y/o Identificación del Acusado)

07-16-19
07-17-19

10:15
9:15

CRW Ct. Skokie
Div. 6 1-L

Sheriff Tom Dart
Executive Director
Allegos

On July 16, 2019, the Assistant State's Attorney, Mrs. SHARON KANTOR, Esq. pursuant to the Court's directions, prepared an "ORDER" copy of which is annexed hereto and incorporated herein as Exhibit A, which is signed by Honorable MICHAEL HOOD (Judge Hood) mandating that this detainee be afforded immediate Dental assistance. This detainee had previously submitted a HEALTH SERVICE REQUEST and Administrative Remedy complaint "GRIEVANCE", copy annexed hereto.

NAME OF STAFF OR INMATE(S) HAVING INFORMATION REGARDING THIS COMPLAINT:
(Nombre del personal o presos que tengan información:)

INMATE SIGNATURE: (Firma del Preso):

Talmon / HEGWOOD

SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE OF A DIVISION/UNIT MUST REVIEW AND SIGN ALL GRIEVANCES ALLEGING STAFF USE OF FORCE, STAFF MISCONDUCT, AND EMERGENCY GRIEVANCES. IF THE INMATE GRIEVANCE IS OF A SERIOUS NATURE, THE SUPERINTENDENT MUST INITIATE IMMEDIATE ACTION.

CRW/PLATOON COUNSELOR (Print):

SIGNATURE:

DATE CRW/PLATOON COUNSELOR RECEIVED:

SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE (Print):

SIGNATURE:

DATE REVIEWED:

(FCN-73)(NOV 17)

(WHITE COPY - INMATE SERVICES)

(YELLOW COPY - CRW/PLATOON COUNSELOR)

(PINK COPY - INMATE)

cc: w/enc. DOJ, FBI, U.S. ATT



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE

(Oficina del Alguacil del Condado de Cook)

INMATE GRIEVANCE FORM

(Formulario de Queja del Preso)

Pa. # 2 of 2

CONTROL #

INMATE ID #

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY INMATE SERVICES STAFF ONLY !

(! Para ser llenado solo por el personal de Inmate Services !)

- ☐ Emergency Grievance
☐ Grievance
☐ Non-Compliant Grievance

☐ Cermak Health Services

☐ Superintendent: _____

☐ Other: _____

PRINT - INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):

PRINT - FIRST NAME (Primer Nombre):

INMATE BOOKING NUMBER (# de identificación del Preso)

HEGWOOD

Talmon

20180711101

DIVISION (División):

LIVING UNIT (Unidad):

DATE (Fecha):

6

1-L

07-17-19

GRIEVANCE GUIDELINES AND SUMMARY OF COMPLAINT

Your grievance must meet all criteria listed below in order to be assigned a control #, to be appealed and/or to exhaust remedies.

The grievance is not one of the following non-grievable matters: inmate classification including designation of an inmate as a security risk or protective custody inmate, or decisions of the inmate disciplinary hearings officer.

The grievance must have occurred within the last 15 calendar days unless the allegation is of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism. If the grievance includes an allegation of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism no time limits exist. If you believe an exception applies please see a CRW (Correctional Rehabilitation Worker).

The grievance must not be a repeat submission of a grievance collected within the last 15 calendar days.

The grievance must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and was appealed.

The grievance must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and you chose not to appeal the response within 15 calendar days.

The grievance must not contain offensive or harassing language.

The grievance form must not contain more than one issue.

The grievance issue must not pertain to non-jail related concerns such as with arresting agencies, judicial matters, or medical staff at outlying hospitals, etc.

DIRECTRICES PARA AGRAVIOS Y RESUMEN DE QUEJA

El asunto de la queja tiene que satisfacer todo el criterio listado más abajo para obtener un número de control, para ser apelado y/o agotar todos los remedios posibles.

El asunto de la queja no puede ser ninguno de los siguientes temas, que no se consideran quejas formales: Clasificación del preso incluyendo designación del preso. Tal como riesgo de seguridad o custodia de protección para los presos, o decisiones del oficial de audiencias disciplinarias para los presos.

El asunto de la queja formal tiene que haber pasado en los últimos 15 días calendarios a menos que la acusación sea de acoso sexual, sexual hostigamiento, sexual abuso. O voyeurismo. Si la queja incluye acusaciones de acoso sexual, hostigamiento, voyeurismo, o abuso, no existe tiempo límite. Si usted cree que existe una excepción, hable o vea a un Trabajador de Rehabilitación Correccional (TRC/CRW).

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja sometida en los últimos 15 días calendarios.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y fue apelada.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y usted recibida no someter una apelación sobre la decisión dada en los 15 días calendarios.

El asunto de la queja no puede contener lenguaje ofensivo o amenazante.

La solicitud de la queja no puede contener más de un asunto.

El asunto de la queja no puede corresponder a asuntos no relacionados con la cárcel tal como preocupaciones sobre la agencia de arresto, asuntos judiciales, o empleados médicos de hospitales periféricos, etc.

REQUIRED -
DATE OF INCIDENT
(Fecha del Incidente)

REQUIRED -
TIME OF INCIDENT
(Horas del Incidente)

REQUIRED -
SPECIFIC LOCATION OF INCIDENT
(Lugar Especifico del Incidente)

REQUIRED -
NAME and/or IDENTIFIER(S) OF ACCUSED
(Nombre y/o identificación del Acusado)

07-16-19
07-17-19

10:15 AM
9:15 AM

CRW SKOKIE
DIV. 6 1-L

Sheriff Tom Dart
Executive Director
Callegos

incorporated herein and made a part hereof as Exhibit B, where in I complained about retaliation and severe pain. Nurse Mohammad RN came to the Unit to pick up the Health Service Request Forms. This detainee handed the Nurse a completed form along with a copy of the Court's ORDER. However, Mrs. Mohammad refused to accept the Court's ORDER, copy of which is also annexed to my 07-16-19 Mit. Intentionally delaying dental assistance and allowing me to suffer violate my 8th + 14th Amend rights See Saigerv Dart copy annexed hereto as C

NAME OF STAFF OR INMATE(S) HAVING INFORMATION REGARDING THIS COMPLAINT:
(Nombre del personal o presos que tengan información:)

INMATE SIGNATURE: (Firma del Preso):

Talmon / HEGWOOD

SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE OF A DIVISION/UNIT MUST REVIEW AND SIGN ALL GRIEVANCES ALLEGING STAFF USE OF FORCE, STAFF MISCONDUCT, AND EMERGENCY GRIEVANCES. IF THE INMATE GRIEVANCE IS OF A SERIOUS NATURE, THE SUPERINTENDENT MUST INITIATE IMMEDIATE ACTION.

CRW/PLATOON COUNSELOR (Print):

SIGNATURE:

DATE CRW/PLATOON COUNSELOR RECEIVED:

SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE (Print):

SIGNATURE:

DATE REVIEWED:

ORDER

IN THE CIRCUIT COURT OF COOK COUNTY, ILLINOIS

PEOPLE OF THE STATE OF ILLINOIS

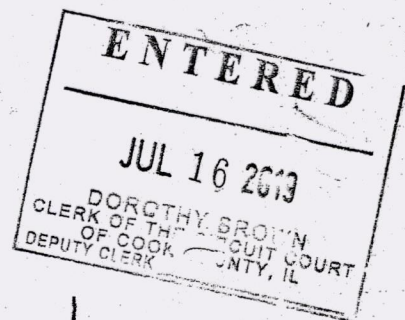
No. 17CZ-20108
18CR-11536

v.

TALMON HEBWOOD

ORDER

IT IS HEREBY ORDERED THAT DEFENDANT
BE EXAMINED BY CERMAL MEDICAL CENTER
FOR A DENTAL ISSUE.



Atty. No. : _____

Name : ASA SHAYLON KAUTER

7/16/2019

Atty. for : PEOPLE

ENTER :

Address : 600 OLD WILCHAMON

City/State/Zip : SKOKIE, IL 60077

Telephone : 847 470 7300

Judge

Judge's No.

DOROTHY BROWN, CLERK OF THE CIRCUIT COURT OF COOK COUNTY, ILLINOIS

**COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE**

(Oficina del Alguacil del Condado de Cook)

INMATE GRIEVANCE FORM

(Formulario de Queja del Preso)

Pg. # 1 of 3

CONTROL #

INMATE ID #

2019X07221

! THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY INMATE SERVICES STAFF ONLY !

(! Para ser llenado solo por el personal de Inmate Services !)

- ☒ Emergency Grievance
☐ Grievance
☐ Non-Compliant Grievance

- ☐ Cermak Health Services
☐ Superintendent: _____
☐ Other: _____

PRINT - INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):

HEGWOOD

PRINT - FIRST NAME (Primer Nombre):

Talmon

INMATE BOOKING NUMBER (# de identificación del Preso)

20180711101

DIVISION (División):

6

LIVING UNIT (Unidad):

1-L

DATE (Fecha):

07-10-19

GRIEVANCE GUIDELINES AND SUMMARY OF COMPLAINT

Your grievred issue must meet all criteria listed below in order to be assigned a control #, to be appealed and/or to exhaust remedies.

The grievred issue is not one of the following non-grievable matters: inmate classification including designation of an inmate as a security risk or protective custody inmate, or decisions of the inmate disciplinary hearings officer.

The grievred issue must have occurred within the last 15 calendar days unless the allegation is of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism. If the grievance includes an allegation of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism no time limits exist. If you believe an exception applies please see a CRW (Correctional Rehabilitation Worker.)

The grievred issue must not be a repeat submission of a grievance collected within the last 15 calendar days.

The grievred issue must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and was appealed.

The grievred issue must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and you chose not to appeal the response within 15 calendar days

The grievred issue must not contain offensive or harassing language.

The grievance form must not contain more than one issue.

The grievance issue must not pertain to non-jail related concerns such as with arresting agencies, judicial matters, or medical staff at outlying hospitals, etc.

DIRECTRICES PARA AGRAVIOS Y RESUMEN DE QUEJA

El asunto de la queja tiene que satisfacer todo el criterio listado más abajo para obtener un número de control, para ser apelado y/o agotar todos los remedios posibles.

El asunto de la queja no puede ser ninguno de los siguientes temas, que no se consideran quejas formales: Clasificación del preso incluyendo designación del preso. Tal como riesgo de seguridad o custodia de protección para los presos, o decisiones del oficial de audiencias disciplinarias para los presos.

El asunto de la queja formal tiene que haber pasado en los últimos 15 días calendarios a menos que la acusación sea de acoso sexual, sexual hostigamiento, sexual abuso. O voyeurismo. Si la queja incluye acusaciones de acoso sexual, hostigamiento, voyeurismo, o abuso, no existe tiempo límite. Si usted cree que existe una excepción, hable o vea a un Trabajador de Rehabilitación Correccional (TRC/CRW).

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja sometida en los últimos 15 días calendarios.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y fue apelada.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y usted recibida no someter una apelación sobre la decisión dada en los 15 días calendarios.

El asunto de la queja no puede contener lenguaje ofensivo o amenazante

La solitud de la queja no puede contener más de un asunto.

El asunto de la queja no puede corresponder a asuntos no relacionados con la cárcel tal como preocupaciones sobre la agencia de arresto, asuntos judiciales, o empleados médicos de hospitales periféricos, etc.

REQUIRED -
DATE OF INCIDENT
(Fecha del Incidente)01 or about
07-01-19REQUIRED -
TIME OF INCIDENT
(Horas del Incidente)

8:30

REQUIRED -
SPECIFIC LOCATION OF INCIDENT
(Lugar Especifico del Incidente)

Div. 6 Dispensary

REQUIRED -
NAME and/or IDENTIFIER(S) OF ACCUSED
(Nombre y/o identificación del Acusado)

Dentist

In retaliation for filing administrative remedy complaints and civil rights actions Hegwood v. Jones-Tapia, sub nom Amanda Gallegos, EFAL No. 1:17-cv-0128, this detainee has been forced to suffer from excruciating physical and mental pain as a result of the intentional failure of the CCDOC Dentist to treat this detainee with Anti biotic and pain medications for abscessed gums and what is evidently puss from a front tooth. On or about July 01, 2019, this detainee was

NAME OF STAFF OR INMATE(S) HAVING INFORMATION REGARDING THIS COMPLAINT:
(Nombre del personal o presos que tengan información:)

INMATE SIGNATURE: (Firma del Preso):

Talmon/Hegwood

SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE OF A DIVISION/UNIT MUST REVIEW AND SIGN ALL GRIEVANCES ALLEGING STAFF USE OF FORCE, STAFF MISCONDUCT, AND EMERGENCY GRIEVANCES. IF THE INMATE GRIEVANCE IS OF A SERIOUS NATURE, THE SUPERINTENDENT MUST INITIATE IMMEDIATE ACTION.

CRW/PLATOON COUNSELOR (Print):

A. Jones

SIGNATURE:

[Signature]

DATE CRW/PLATOON COUNSELOR RECEIVED:

7/10/19

SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE (Print):

SIGNATURE:

DATE REVIEWED:



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE

(Oficina del Alguacil del Condado de Cook)

INMATE GRIEVANCE FORM

(Formulario de Queja del Preso)

Doc # 2 of 3
CONTROL #

INMATE ID #

2019X07221

! THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY INMATE SERVICES STAFF ONLY !

(! Para ser llenado solo por el personal de Inmate Services !)

- ☐ Emergency Grievance
☐ Grievance
☐ Non-Compliant Grievance

☐ Cermak Health Services

☐ Superintendent: _____

☐ Other: _____

PRINT - INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):

HEGWOOD

DIVISION (División):

6

PRINT - FIRST NAME (Primer Nombre):

Talmon

LIVING UNIT (Unidad):

1-L

INMATE BOOKING NUMBER (# de identificación del Preso)

20180711101

DATE (Fecha):

07-10-19

GRIEVANCE GUIDELINES AND SUMMARY OF COMPLAINT

Your grievance must meet all criteria listed below in order to be assigned a control #, to be appealed and/or to exhaust remedies.

The grievance issue is not one of the following non-grievable matters: Inmate classification including designation of an inmate as a security risk or protective custody inmate, or decisions of the inmate disciplinary hearings officer.

The grievance issue must have occurred within the last 15 calendar days unless the allegation is of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism. If the grievance includes an allegation of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism no time limits exist. If you believe an exception applies please see a CRW (Correctional Rehabilitation Worker.)

The grievance issue must not be a repeat submission of a grievance collected within the last 15 calendar days.

The grievance issue must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and was appealed.

The grievance issue must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and you chose not to appeal the response within 15 calendar days

The grievance issue must not contain offensive or harassing language.

The grievance form must not contain more than one issue.

The grievance issue must not pertain to non-jail related concerns such as with arresting agencies, judicial matters, or medical staff at outlying hospitals, etc.

DIRECTRICES PARA AGRAVIOS Y RESUMEN DE QUEJA

El asunto de la queja tiene que satisfacer todo el criterio listado más abajo para obtener un número de control, para ser apelado y/o agotar todos los remedios posibles.

El asunto de la queja no puede ser ninguno de los siguientes temas, que no se consideran quejas formales: Clasificación del preso incluyendo designación del preso. Tal como riesgo de seguridad o custodia de protección para los presos, o decisiones del oficial de audiencias disciplinarias para los presos.

El asunto de la queja formal tiene que haber pasado en los últimos 15 días calendarios a menos que la acusación sea de acoso sexual, sexual hostigamiento, sexual abuso. O voyeurismo. Si la queja incluye acusaciones de acoso sexual, hostigamiento, voyeurismo, o abuso, no existe tiempo límite. Si usted cree que existe una excepción, hable o vea a un Trabajador de Rehabilitación Correccional (TRC/CRW).

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja sometida en los últimos 15 días calendarios.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y fue apelada.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y usted recibida no someter una apelación sobre la decisión dada en los 15 días calendarios.

El asunto de la queja no puede contener lenguaje ofensivo o amenazante

La solicitud de la queja no puede contener más de un asunto.

El asunto de la queja no puede corresponder a asuntos no relacionados con la cárcel tal como preocupaciones sobre la agencia de arresto, asuntos judiciales, o empleados médicos de hospitales periféricos, etc.

REQUIRED -
DATE OF INCIDENT
(Fecha del Incidente)

On order
01-01-19

REQUIRED -
TIME OF INCIDENT
(Horas del Incidente)

8:30

REQUIRED -
SPECIFIC LOCATION OF INCIDENT
(Lugar Especifico del Incidente)

Div. 6 Dispensary

REQUIRED -
NAME and/or IDENTIFIER(S) OF ACCUSED
(Nombre y/o Identificación del Acusado)

Dentist

summoned to the dentist subsequent to completing and submitting a written HEALTH SERVICE REQUEST pursuant to the CCDC Rules. The Dentist willfully failed to provide ex rays; so he could assess my needs for minimally adequate dental treatment. I advised the dentist that as a result of not being provided with Fixodent or other denture adhesive my dentures caused my front tooth to become loose and it was bleeding. The

NAME OF STAFF OR INMATE(S) HAVING INFORMATION REGARDING THIS COMPLAINT:
(Nombre del personal o presos que tengan información:)

INMATE SIGNATURE: (Firma del Preso):

Talmon / HEGWOOD

SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE OF A DIVISION/UNIT MUST REVIEW AND SIGN ALL GRIEVANCES ALLEGING STAFF USE OF FORCE, STAFF MISCONDUCT, AND EMERGENCY GRIEVANCES. IF THE INMATE GRIEVANCE IS OF A SERIOUS NATURE, THE SUPERINTENDENT MUST INITIATE IMMEDIATE ACTION.

CRW/PLATOON COUNSELOR (Print):

A. Jones

SIGNATURE:

[Signature]

DATE CRW/PLATOON COUNSELOR RECEIVED:

7/10/19

SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE (Print):

SIGNATURE:

[Signature]

DATE REVIEWED:

**COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE**

(Oficina del Alguacil del Condado de Cook)

INMATE GRIEVANCE FORM

(Formulario de Queja del Preso)

30F3

CONTROL #

INMATE ID #

2019X07221

! THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY INMATE SERVICES STAFF ONLY !

(! Para ser llenado solo por el personal de Inmate Services !)

- ☐ Emergency Grievance
☐ Grievance
☐ Non-Compliant Grievance

- ☐ Cermak Health Services
☐ Superintendent: _____
☐ Other: _____

PRINT - INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):

HE GWOOD

PRINT - FIRST NAME (Primer Nombre):

Talmor

INMATE BOOKING NUMBER (# de identificación del Preso)

20180711101

DIVISION (División):

6

LIVING UNIT (Unidad):

1-L

DATE (Fecha):

07-10-19

GRIEVANCE GUIDELINES AND SUMMARY OF COMPLAINT

Your grievred issue must meet all criteria listed below in order to be assigned a control #, to be appealed and/or to exhaust remedies.

The grievred issue is not one of the following non-grievable matters: inmate classification including designation of an inmate as a security risk or protective custody inmate, or decisions of the inmate disciplinary hearing officer.

The grievred issue must have occurred within the last 15 calendar days unless the allegation is of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism. If the grievance includes an allegation of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism no time limits exist. If you believe an exception applies please see a CRW (Correctional Rehabilitation Worker.)

The grievred issue must not be a repeat submission of a grievance collected within the last 15 calendar days.

The grievred issue must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and was appealed.

The grievred issue must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and you chose not to appeal the response within 15 calendar days.

The grievred issue must not contain offensive or harassing language.

The grievance form must not contain more than one issue.

The grievance issue must not pertain to non-jail related concerns such as with arresting agencies, judicial matters, or medical staff at outlying hospitals, etc.

DIRECTRICES PARA AGRAVIOS Y RESUMEN DE QUEJA

El asunto de la queja tiene que satisfacer todo el criterio listado más abajo para obtener un número de control, para ser apelado y/o agotar todos los remedios posibles.

El asunto de la queja no puede ser ninguno de los siguientes temas, que no se consideran quejas formales: Clasificación del preso incluyendo designación del preso. Tal como riesgo de seguridad o custodia de protección para los presos, o decisiones del oficial de audiencias disciplinarias para los presos.

El asunto de la queja formal tiene que haber pasado en los últimos 15 días calendarios a menos que la acusación sea de acoso sexual, sexual hostigamiento, sexual abuso. O voyeurismo. Si la queja incluye acusaciones de acoso sexual, hostigamiento, voyeurismo, o abuso, no existe tiempo límite. Si usted cree que existe una excepción, hable o vea a un Trabajador de Rehabilitación Correccional (TRC/CRW).

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja sometida en los últimos 15 días calendarios.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y fue apelada.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y usted recibida no someter una apelación sobre la decisión dada en los 15 días calendarios.

El asunto de la queja no puede contener lenguaje ofensivo o amenazante

La solitud de la queja no puede contener más de un asunto.

El asunto de la queja no puede corresponder a asuntos no relacionados con la cárcel tal como preocupaciones sobre la agencia de arresto, asuntos judiciales, o empleados médicos de hospitales periféricos, etc.

REQUIRED -
DATE OF INCIDENT
(Fecha del Incidente)On or about
07-01-19REQUIRED -
TIME OF INCIDENT
(Horas del Incidente)

8:30

REQUIRED -
SPECIFIC LOCATION OF INCIDENT
(Lugar Especifico del Incidente)

Div. 6 Dispensary

REQUIRED -
NAME and/or IDENTIFIER(S) OF ACCUSED
(Nombre y/o Identificación del Acusado)

Dentist

dentist did examine me but failed to apply the applicable standard of care customary utilized by other dentist in the profession. I was forced to go to court in severe pain from not receiving minimally adequate dental assistance in violation of my rights secured by the Eighth and Fourteenth Amendments. See Saigerv. Dart 2017 U.S. Dist. Lexis 21107, copy att.

NAME OF STAFF OR INMATE(S) HAVING INFORMATION REGARDING THIS COMPLAINT:
(Nombre del personal o presos que tengan información:)

INMATE SIGNATURE: (Firma del Preso):

Talmor / Gwood

SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE OF A DIVISION/UNIT MUST REVIEW AND SIGN ALL GRIEVANCES ALLEGING STAFF USE OF FORCE, STAFF MISCONDUCT, AND EMERGENCY GRIEVANCES. IF THE INMATE GRIEVANCE IS OF A SERIOUS NATURE, THE SUPERINTENDENT MUST INITIATE IMMEDIATE ACTION.

CRW/PLATOON COUNSELOR (Print):

J. Jones

SIGNATURE:

[Signature]

DATE CRW/PLATOON COUNSELOR RECEIVED:

7/10/19

SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE (Print):

SIGNATURE:

[Signature]

DATE REVIEWED: